

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

UNIDAD DE POSGRADO

**“EFICACIA DE CAPACITACIÓN PARA
MEJORAR LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS
CLÍNICAS ELABORADAS POR LOS
INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL
NACIONAL DOS DE MAYO. LIMA PERÚ.
ENERO- DICIEMBRE 2007”**

TESIS

Para optar el grado académico de Magister en Docencia e Investigación en Salud

AUTOR

Jorge Alejandro Yarinsueca Gutiérrez

Lima – Perú

2015

A mi esposa por su abnegada lucha
A mis alumnos para que transmitan el
Conocimiento y experiencias a las siguientes generaciones
Al paciente

A mi familia por su apoyo
A mi Facultad de Medicina por mi formación académica
A mi Hospital Dos de Mayo por mi experiencia adquirida
A mis alumnos por la recepción de mi experiencia y conocimiento
A Dios, por darme el don de la curación

ÍNDICE	Página
DEDIDATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
INDICE DE TABLAS	iv
INDICE DE GRÁFICOS	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
PRESENTACION	vii
CAPITULO I INTRODUCCION	09
CAPITULO II: MARCO TEORICO	14
CAPITULO III METODOLOGIA	19
CAPITULO IV RESULTADOS Y DISCUSION	38
CAPITULO V: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	40
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	41
ANEXOS	44
ANEXO 1: Programa de Intervención para mejorar la Elaboración dela Historia Clínica	45
ANEXO 2: Instrumento de Recolección de Datos	50
ANEXO 3: Consentimiento Informado	55

LISTA DE CUADROS

Cuadro No.	Pag.
1. Porcentaje de ítems evaluados en la filiación a internos de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero-Diciembre 2007.	24
2. Porcentaje de ítems evaluados en la antecedentes a los internos de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero-Diciembre 2007.	26
3. Porcentaje de ítems evaluados en la enfermedad actual a los internos de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero-Diciembre 2007.	28
4, Porcentaje de ítems evaluados en el examen clínico regional a los internos de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero-Diciembre 2007	28
5. Porcentaje de ítems evaluados en los atributos de la historia clínica a los internos de medicina del Hospital Nacional Dos Mayo . Enero-Diciembre 2007.	29
6. Porcentaje de ítems evaluados en el plan de trabajo, diagnostico presuntivo y tratamiento a los internos de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero-Diciembre 2007.	29

LISTA DE FIGURAS

Figura N°	Título	Pág.
1	Porcentaje de historias clínicas consideradas aceptables antes y después del programa de Capacitación elaboradas por los internos de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero-Diciembre 2007	23
2	Porcentaje de ítems consignados en cada parte de las Historias clínicas antes y después del programa de capacitación elaboradas por los internos de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero-Diciembre 2007.	33
3	Porcentaje de partes de la historia clínica consignadas Completamente antes y después del programa de Capacitación elaboradas por los internos de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero-Diciembre 2007.	34

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La elaboración de una historia clínica es el producto final de la enseñanza-aprendizaje que se ha desarrollado en el Pre grado. **OBJETIVOS:** evaluar un programa de Capacitación para la mejora de la calidad de las historias clínicas elaboradas por los internos de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo, en Lima Perú. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio de capacitación antes-después, realizado durante el año 2007. Se diseñó un instrumento de recolección de datos ($\alpha=0,87$) siguiendo los lineamientos de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud (RM 049-2005/MINSA) del Ministerio de Salud del Perú. Se aplicó el instrumento al inicio de la rotación de Medicina. Posteriormente se aplicó un programa de Capacitación, el cual trataba de reforzar las deficiencias encontradas en la primera evaluación. Finalmente se volvió a aplicar el mismo instructivo y se compararon los resultados. **RESULTADOS:** Se incluyeron 71 internos. El porcentaje de historias clínicas consideradas aceptables aumento de 66.6% a 84,5% ($p=0,001$) Hubo mejoría en la filiación ($p=0,002$) y diagnostico presuntivo ($p=0,048$). Sin embargo aun existen deficiencias en varios ítems después del programa de Capacitación. **CONCLUSIONES:** Se encontró una mejora en la elaboración de la historia; sin embargo a pesar del Programa de Capacitación aún existen puntos deficientes, siendo éstos de suma importancia, tales como la fecha y hora de atención y la firma y sello del médico. Por lo tanto se debe capacitar constantemente a los Internos de Medicina para obtener resultados óptimos.

PALABRAS CLAVE: Historia clínica, Educación médica, Interno de Medicina.

An intervention program to improve the quality of medical records performed by medical interns from the National Hospital Dos de Mayo, Lima-Peru. January-December 2007

ABSTRACT

INTRODUCTION:

The development of a medical record is the end product of learning and teaching that has developed in the Pre grade. **OBJECTIVES:** To evaluate an intervention program to improve the quality of medical records produced by the interns of the Hospital Nacional Dos de Mayo in Lima Peru. **MATERIAL AND METHODS:** Descriptive and intervention study with a before and after design, performed in 2007. A data collection instrument was designed ($\alpha = 0.87$) following the guidelines of the technical standard of audit quality health care (OR 049-2005/MINSA) Ministry of Health of Peru. The instrument was administered at the beginning of the rotation of medicine. Then it was applied an intervention program, which was to strengthen the deficiencies found in the first evaluation. Finally it was applied again the same instrument and the results were compared. **RESULTS:** In this study were included a total of 71 interns. The percentage of clinical histories considered acceptable increase of 66.6% to 84.5% ($p = 0.001$). There was an improvement in the descent ($p = 0.002$) and a presumptive diagnosis ($p=0.048$). But there are still deficiencies in several items after the intervention program. **CONCLUSIONS:** There was an improvement in the development of history, notwithstanding the intervention program there are still points where there are deficiencies, these being very important as the date and time of care and doctor's signature and seal. Therefore it must constantly train medical interns for optimal results.

KEY WORDS: Clinical records, Medical education, Medical intern.

PRESENTACIÓN

La Historia Clínica es hoy considerado como el conjunto de documentos ordenados y detallados que recopilan cronológicamente todos los aspectos de la salud del paciente y su familia, durante su vida y sirve de base para conocer las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que intervienen a lo largo del proceso asistencial.

Con el desarrollo de las ciencias médicas, este documento no se limita a narrar o exponer hechos simples, sino que incluyen juicios, documentos, imágenes, procedimientos, informaciones y el consentimiento del paciente, en fin, es un registro que se desarrolla en el tiempo y que documenta la relación médico-paciente.

En un hospital la historia clínica es el documento final redactado por el interno de medicina, es el producto final de la enseñanza aprendizaje que se ha desarrollado en el Pre grado.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento Del Problema

La historia clínica es un instrumento para la captación de datos sobre los diferentes eventos de salud de las personas, para facilitar la optimización de las decisiones y acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento del paciente, así como las actividades de docencia e investigación, dentro del marco de aquéllas (1).

La historia clínica es el documento final redactado por el interno de medicina, es el producto final de la enseñanza aprendizaje que se ha desarrollado en el Pre grado, en este contexto son básicos los cursos clínicos donde el alumno se pone en contacto por primera vez con el paciente hospitalizado. En el internado aplica los conocimientos adquiridos después de realizar actividades en hospitalización, consultorio externo y emergencia, estando por lo tanto en condiciones de plantear un diagnóstico.

Sin embargo en nuestra experiencia apreciamos que en muchos casos se encuentran historias clínicas deficientes elaboradas por los internos de nuestro hospital. Por este motivo planteamos un programa de Capacitación para mejorar la elaboración de la Historia Clínica el cual se llevó a cabo con la participación del docente universitario. Un estudio realizado en España (2) demuestra que un programa de Capacitación

mejora la calidad de las historias clínicas en un departamento de medicina, así también estudios de Capacitación en el Hospital Nacional Dos de Mayo han mostrado resultados positivos (3,4).

El objetivo principal de este estudio es evaluar un programa de Capacitación para la mejora de la calidad de las historias clínicas elaboradas por los Internos de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo, en Lima Perú.

1.2 Situación Problemática

A pesar que la historia clínica (HC) es un documento que se utiliza en todo paciente, en la práctica clínica, en todas las especialidades sin excepción, se ha observado que en los servicios de medicina interna del Hospital Nacional Dos de Mayo, sede docente de diversas Universidades estatales y privada frecuentemente una inadecuada confección de la historia clínica, que conduce: a errores en el diagnóstico, a solicitar exámenes auxiliares inapropiados, ocasionan incremento en el tiempo de permanencia, incremento de los costos, de ahí el interés de desarrollar la presente investigación, porque el gran beneficiado será el paciente.

El Hospital Nacional Dos de Mayo por ser un establecimiento de salud de nivel III-1, es un centro de referencia, donde son admitidos pacientes de diferentes lugares del país con dolencias de alta complejidad; por consiguiente, requieren de una historia clínica correcta, cuya evaluación se refleja en los indicadores hospitalarios. En hospitalización se utiliza Indicadores de Eficiencia que evalúa: el promedio de permanencia, intervalo de sustitución, porcentaje de ocupación y rendimiento cama. El Indicador de Calidad evalúa: el porcentaje de mortalidad neta, porcentaje de infecciones intrahospitalaria y porcentaje de necropsia.

Se reporta que toda permanencia prolongada en la hospitalización, condiciona infecciones intrahospitalarias, cuyo tratamiento son de alto costo y tienen alta tasa de mortalidad.

Es por ello que es necesaria una historia clínica correcta para mejorar dichos indicadores y cumplir con las metas que diseña el Ministerio de Salud (MINSA); y por lo tanto mejorar la atención al paciente.

En nuestro hospital observamos, que los servicios de medicina en hospitalización tienen 40 camas. En un servicio rotan de 5 a 8 internos, que pasan la visita médica a 8 o 5 pacientes, realizando las historias clínicas respectivas a todos los pacientes que le son asignados. Observándose que durante las visita médica, el interno a veces pasa solo, en otras oportunidades con el residente y/o medico asistente.

Los internos de medicina, antes de empezar su internado, reciben una Capacitación de Inducción, programado por la Unidad de Capacitación del Hospital, a pesar de ello, es frecuente la confección de la historia clínica deficientes. De ahí el objetivo, de realizar un programa eficaz para mejorar la confección de la historia clínica.

El presente trabajo parte de un observación frecuente en los servicios de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo, donde la supervisión de la calidad de las historias clínicas por el MINSA, se encuentra que su elaboración por los internos de medicina es deficiente, siendo su relato simple, no presentan el examen físico completo, no siguen el orden de la historia clínica, no hay una supervisión de la confección de la historia clínica por el residente y/o medico asistente, la letra es ilegible, el interrogatorio a veces es difícil cuando el paciente es quechuahablante, dado que el Perú tiene alta población andina, asimismo cuando el paciente es poco colaborador y no cuenta con un familiar cercano.

Estas deficiencias en la elaboración de la Historia Clínica, no solo sucede en nuestro medio, sino también en otros países de Latinoamérica y de España. Esto ha motivado el interés en mejorar la calidad de la Historia Clínica a través de un Programa de Capacitación, cuyos resultados sería para brindar un servicio de calidad a los pacientes,

reflejándose esto en los indicadores de hospitalización ya mencionados anteriormente.

1.3 Formulación Del Problema

¿Cuál es la eficacia de un Programa de Capacitación en el mejoramiento de la calidad de las Historias Clínicas que realizan los internos de Medicina en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el año 2007?

1.4 Justificación Teórica

La historia clínica es un valioso documento de la relación medico-paciente que refleja su valor asistencial, legal, académico y de investigación. Su correcta confección mejora la calidad de la atención de los pacientes.

Enriquecer su conocimiento adquirido en la capacitación que lo conduzca a diagnóstico precoz de una forma rápida.

Justificación Práctica

Está demostrado que una buena calidad en la confección de la historia clínica en hospitalización, mejora la calidad de atención de los pacientes, y además refleja la formación del docente en el interno de medicina.

Del análisis del presente estudio se obtendrá información que nos lleva a plantear recomendaciones a las instituciones prestadores de salud y a las Universidades que forman profesionales de Medicina Humana y por consiguiente a la realización de nuevas investigaciones.

Aplicamos el conocimiento adquirido en la cabecera del paciente, por lo tanto que sea un interno pragmático.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo General:

Evaluar el Programa de Capacitación en la elaboración de la Historia Clínica aplicado a los internos de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el año 2007.

1.5.2 Objetivos Específicos:

- Identificar las principales deficiencias en la elaboración de la historia clínica.
- Estandarizar la elaboración de la historia clínica por los internos de medicina.
- Verificar si los ítems de la filiación son registrados.
- Verificar si los ítems de los antecedentes son registrados.
- Verificar si los ítems de la enfermedad actual son completos.
- Verificar en que porcentaje se cumple los ítems del examen general.
- Verificar la frecuencia de la deficiencia de ítems en el examen regional.
- Verificar si los diagnósticos presuntivos están en relación con la anamnesis y examen físico del paciente.
- Determinar si se registró tratamiento sintomático y o etiológico.
- Verificar los atributos de la historia clínica.
- Verificar en que porcentaje se cumple el ítem del consentimiento informado.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de Investigación

La información es tan antigua como la propia humanidad. Es difícil determinar cuando aparecen los primeros escritos médicos que tengan un enfoque científico. Se pueden considerar como pre historias clínicas los relatos patografos contenido en el papiro de Edwin Smith, del primer periodo del Antiguo Imperio Egipcio (3000-2500 AC) o en las lapidas votivas con el nombre y la dolencia del enfermo, descubiertas en el templo griego de Epidauro. Los primeros relatos de información clínica se deben a los médicos hipocráticos del siglo V (AC) que sintieron la necesidad intelectual de consignar por escrito, con precisión y orden, su experiencia como médicos frente a la enfermedad individual de sus pacientes, este documento se denomina *Corpus Hipocraticum*.

La Historia Clínica es hoy considerada como el conjunto de documentos ordenados y detallados que recopilan cronológicamente todos los aspectos de salud del paciente y de su familia, durante su vida y sirve de base para conocer las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que intervienen a lo largo del proceso asistencial.

Con el desarrollo de las ciencias médicas, este documento no se limita a narrar o exponer hechos simples, sino que incluyen juicios, documentos, imágenes, procedimientos, informaciones y el consentimiento del paciente, en fin, es un registro que se desarrolla en el tiempo y que documenta la relación médico-paciente.

La Historia Clínica es consecuencia del desarrollo de cursos en el pregrado, que tienen como fin que el estudiante adquiera un amplio conocimiento de las Ciencias Básicas y estas se complementan con los cursos Introducción a la Clínica y de Medicina Interna, pilares de su formación médica, cursos donde se cumple estrictamente lo establecido en el silabo respectivo. Sin embargo, se debe tener en cuenta que durante su formación, las prácticas del pregrado lo realizan en diferentes sedes, ello es en función del orden de mérito. Así tenemos que escogen:

- Hospital: Seguridad Social, Militar o Salud Publica, siendo este último que brinda mejor facilidad en establecer una relación alumno-paciente.
- Motivación del alumno.
- Profesores, cuyos antecedentes son dados por promociones anteriores (2).

2.2 Bases Teóricas

La Historia Clínica que actualmente se utiliza es la de forma tradicional, es decir que se confecciona en folios manuscritos, que siguen una secuencia ordenada. Esta forma se utiliza en Latinoamérica y España (7). Estas historias clínicas en el futuro cercano, por su cantidad en manuscritos nos puede crear otros problemas, tales como disponer de un espacio apropiado para su archivo, que criterios debemos tener en cuenta para descartar las historias antiguas, esto condiciona nuevas formas tecnológicas de almacenamiento (5), como es la historia clínica informatizada.

La historia clínica es el documento final redactado por el interno de medicina, es el producto final de la enseñanza aprendizaje que se ha desarrollado en el pregrado. En este contexto son básicos los cursos de Introducción a la Clínica y de Medicina Interna, cursos donde el alumno de medicina se pone en contacto por primera vez con el paciente

hospitalizado, estableciendo la relación médico-paciente, donde aplica los conocimientos adquiridos para la confección de la historia clínica correcta y luego con el curso de Medicina Interna, estos conocimientos son reforzados y ampliados para realizar actividades y creando competencias para plantear el diagnóstico y tratamiento. En base a estos cursos, el interno de medicina es capaz de obtener una información adecuada que le permite elaborar una historia clínica correcta para llegar a un diagnóstico apropiado. Por ello es importante que al culminar su internado sea capaz de obtener una información correcta.

La historia clínica es el documento indiscutible que marca el inicio de la evaluación por el médico (3); sin embargo, a veces, su calidad es discutible; existiendo serias deficiencias en la elaboración de la historia clínica que afectan una adecuada atención y el seguimiento a los pacientes. Así se tiene que en una revisión de 1200 historias clínicas de pacientes embarazadas, se encontró que el 85% estaba incompleto, llamando la atención que en el 50% faltaba el registro de signos vitales (1).

Asimismo una mala calidad de la historia clínica puede repercutir en la clasificación de un paciente en emergencia, cuya transferencia a un servicio de hospitalización, puede dar lugar a un ingreso inadecuado, siendo responsable de ello una mala elaboración de la historia clínica (4), encontrándose que un 10 a 20% son hospitalizaciones inadecuadas.

En nuestro medio, como referencia nacional se debe resaltar la siguiente publicación de Demora al Diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar con Baciloscopia Positiva, en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión, Callao 1996, dicha demora fue de 80.27 con DS 54:94. Dando como sugerencia para reducir dicha demora, implementar un mecanismo que permitan a un rápido diagnóstico y tratamiento para pacientes que vienen a la primera consulta (10), considerando que uno de los factores que

contribuye a dicha demora es la confección inadecuada de la historia clínica que nos conduce a un diagnóstico incorrecto.

Se considera importante desarrollar un adecuado Programa de Capacitación para mejorar la elaboración de la historia clínica, y esta debe llevarse con la participación del docente universitario. Debemos considerar que en el Perú la enseñanza-aprendizaje es netamente expositiva, memorística, faltando el sentido crítico. Muchas veces existe una rutina en la docencia y pasividad en el aprendizaje por parte del alumno. Por el proceso actual debe dar lugar a formas más productivas. Las estrategias de Medicina basada en evidencias, han ido difundándose en forma rápida y esto es corroborado en múltiples publicaciones (6) haciendo que el alumno sea más pragmático.

En el Perú la preocupación por la calidad de la historia clínica data de 1968, a raíz de denuncias surgidas en dos hospitales de provincias, concluyendo como solución la aprobación de un formato de historia clínica presentado por el Colegio Médico del Perú.

Una correcta confección de la historia clínica, es de vital importancia en Salud Pública, porque es una fuente de información epidemiológica y de ella surgen estadísticas de la realidad sanitaria del país.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de Capacitación antes-después, el estudio es de tipo experimental, longitudinal, prospectivo y, según definición de Hernandez Sampieri de diseño cuasiexperimental. La población estuvo constituida por internos de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima Perú. La duración del internado es de 12 meses y la capacitación solamente se realizó durante la rotación en medicina. Las rotaciones durante el internado médico son cuatro (Medicina – Gineco-Obstetricia – Pediatría – Cirugía) y constan de tres meses cada una. Se incluyeron a todos los internos que realizaron su rotación de Medicina en el área de hospitalización durante el periodo Enero-Diciembre 2007. Se caracteriza por presentar una patología variada, y es sede académica de diferentes universidades en el pre grado y post grado.

La técnica que se utilizó fue el análisis de la Historia Clínica de hospitalización, por lo que se diseñó un Instrumento de recolección de datos siguiendo los lineamientos de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud (RM 049-2005/MINSA) del Ministerio de Salud del Perú. Las partes consideradas en el instrumento fueron: Filiación (14 ítems=14i), antecedentes (14i), enfermedad actual (5i), examen clínico general (14i), examen clínico regional (45i) plan de trabajo (3i), diagnostico presuntivo (3i), uso de CIE-10 (1i), tratamiento (3i), consentimiento informado, pulcritud, letra legible, fecha/hora de atención y firma con sello del médico, con 1 ítem cada uno (Total 107 ítems). Se consideró puntajes de 1 por cada ítem consignado y 0 por no consignado. Se consideró como una historia clínica aceptable cuando se cumplió más del 80% de los ítems y por mejorar si sus valores estuvieron entre el 50 y 79%. Así mismo se consideró

cada parte de la historia clínica como completa si cumplía todos los ítems asignados.

Al inicio de cada rotación se evaluó las historias que elaboraban los internos, de preferencia una recién confeccionada con la metodología mencionada anteriormente y se registraron los puntajes. La confiabilidad del instrumento se evaluó mediante el índice de consistencia interna alfa de Cronbach ($\alpha=0,87$), después de la aplicación de la primera prueba.

De acuerdo a los resultados de esta primera evaluación se formuló un plan de capacitación incidiendo en los puntos en los cuales se observaron mayores deficiencias. El programa consto de dos partes principales, confección de una adecuada historia clínica y reconocimiento de síndromes frecuentes.

Se formaron grupos de 5-7 internos de Medicina, la metodología de enseñanza fue de la siguiente manera; un interno realiza una historia clínica (interrogatorio y examen físico) a un determinado paciente por un tiempo aproximado de 15 minutos, posteriormente el paciente se retira del aula. Se realiza una dinámica grupal por 30 minutos, en la que participan todos los internos, se realizan preguntas y se aceptan las respuestas. Por último se llega a una conclusión por 15 minutos, donde se hace énfasis en las ventajas de confeccionar adecuadamente una historia clínica de acuerdo al tema tratado.

Al final de la rotación se volvió a evaluar una historia clínica post-capacitación y se aplicó el instrumento de recolección de datos a cada uno de los internos y se compararon ambos puntajes. Se excluyeron del estudio aquellos internos de medicina que no firmaron el consentimiento informado, no asistieron a las actividades programadas según el sílabo del Programa de Capacitación, o lo hicieron parcialmente. El trabajo fue evaluado y autorizado por el Comité de Ética de la Institución.

Se evaluó una Historia Clínica antes y después a cada interno de medicina, participaron 71 internos, en total evaluamos 142 Historias Clínicas.

Los datos fueron analizados utilizando el programa SSPS versión 15,0. Se realizó estadística univariada basada en el cálculo de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión; luego se realizó estadística bivariada usando la prueba chi cuadrado para variables cualitativas, para comparar el nivel de cumplimiento antes y después del programa de capacitación se utilizó la prueba de Wilcoxon. Los cálculos fueron realizados con un nivel de confianza del 95%.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS

Un total de 71 internos de medicina participaron del Programa de Capacitación para la mejora en la elaboración de la historia clínica, 39,5% fueron hombres y 60.5% mujeres; la edad promedio fue de $25,90 \pm 2,53$ años con un rango entre 23 a 35 años; y el grupo etáreo predominante fue el situado entre los 25 a 30 años (50,5%).

Resultados del Programa de Capacitación

Antes del programa de Capacitación el 60,6% de los internos elaboraron una historia clínica aceptable, este valor se incrementó al 84,5% luego de aplicar el programa, de esta manera los internos tuvieron 3,6 veces de posibilidad de realizar una historia clínica aceptable después del programa de Capacitación ($p=0.001$). (Figura 1)

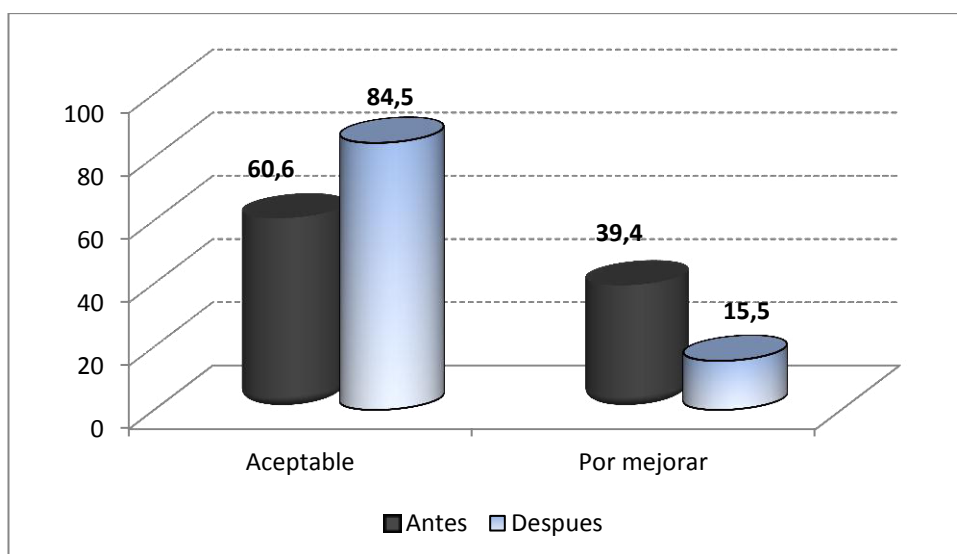


Figura 1. Porcentaje de historias clínicas consideradas aceptables antes y después del programa de capacitación elaboradas por los internos de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero-Diciembre 2007

Resultados por cada uno de los componentes de la historia clínica

Filiación: Se observó los siguientes resultados:

	Antes	Después
Nombre y apellido	: 100%.	100%
Sexo	: 100%	100%
Fecha de nacimiento:	74%	97%.
Lugar de nacimiento:	52%	88%.
Grado de Instrucción:	68%	87%.
Ocupación	: 90%	87%.
Religión	: 7%	31%.
Raza	: 7%	31%.
Estado Civil	: 98%	97%

DNI	:	0%	0%
Domicilio actual	:	68%	96%
Procedencia	:	88%.	88%
Nombre padre y madre:		0 %	0%

Se observó mejora en la consignación de la fecha ($p= 0,0001$) y lugar de nacimiento ($p= 0,0001$), así como el grado de instrucción ($p= 0,009$), religión ($p= 0,001$), raza ($p= 0,0001$) y domicilio actual ($p = 0,0001$). Sin embargo ninguno de los internos registró el nombre del padre ni de la madre, así como el DNI en la historia clínica (Cuadro 1). En promedio de registro antes de la capacitación fue de 53,4% y después 64,3 % ($p = 0.002$)

Cuadro 1. Porcentaje de Ítems evaluados en la filiación a internos de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero-Diciembre 2007.

Ítem	Antes	Después	Valor p
Nombre y apellidos	100	100	*
Sexo	100	100	*
Fecha de nacimiento	74	97	<0,0001
Lugar de nacimiento	52	88	<0,0001
Grado de Instrucción	68	87	0,009
Ocupación	90	87	*
Religión	7	29	0,001
Raza	7	31	<0,0001
Estado civil	93	97	*
Documento identidad	0	0	*
Domicilio actual	68	96	<0,0001
Procedencia	88	88	*
Nombre del Padre	0	0	*
Nombre de la Madre	0	0	*
Promedio	53,4	64,3	0,002

Antecedentes no patológicos: Se observó mejoría el ítem parto ($p=0,001$) y desarrollo psicomotor ($p=0,003$). Después de la capacitación la mayoría de los ítems fueron completados en más del 80% de los internos, a excepción de los hábitos sexuales. El porcentaje de internos que consignaron todos los ítems aumentó de 46,5% a 50,7%. (Cuadro 2)

Antecedentes patológicos: El ítem que los internos cumplieron en menor porcentaje fue el tratamiento recibido previamente. El porcentaje de internos que completaron este antecedente subió de 32,4% a 42,3%. (Cuadro 2)

Antecedentes epidemiológicos: El porcentaje de internos que consignaron completamente todos los ítems subió de 62% a 70,4%. (Cuadro 2)

Antecedentes ocupacionales: El porcentaje de internos que completaron este ítem subió de 84,5% a 88,7%. (Cuadro 2)

Cuadro 2. Porcentaje de Ítems evaluados en los antecedentes a internos de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero- Diciembre 2007.

Antecedentes	Antes	Después	valor p
Antecedentes no patológicos			
Alimentación	93	99	*
Vivienda	97	100	*
Hábitos sexuales	66	77	*
Parto	81	99	0,001
Desarrollo psicomotor	78	96	0,003
Inmunizaciones	82	88	*
Familiares	88	94	*
Promedio	83,6	93,3	*
Antecedentes patológicos			
Mencionados	98	100	*
Características	76	84	*
Tratamiento	55	49	*
Alergias	81	90	**
Promedio	77,5	80,8	*
antecedentes epidemiológicos			
Viaje realizado	62	70	*
Contacto infectocontagioso	96	100	*
Promedio	79,0	85,0	*
Antecedente ocupacional			
antecedente ocupacional	84,5	88,7	*

Enfermedad actual: Se observó una mejora en el ítem funciones biológicas ($p=0.031$), el porcentaje de internos que completaron todos los ítems subió de 88% a 97% (Cuadro 3).

Cuadro 3. Porcentaje de ítems evaluados en la enfermedad actual a los internos de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero-Diciembre 2010.

Enfermedad actual	Antes	Después	valor p
Datos informante	100	100	*
Tiempo de enfermedad	99	100	*
Síntomas principales	92	92	*
Cronología	100	100	*
Funciones Biológicas	88	97	0,031
Promedio	95,8	97,8	*

Examen físico general: En el examen clínico general los ítems menos consignados fueron peso (48%), talla (42%) e IMC (17%, índice de masa corporal) antes y después del programa de capacitación. (Cuadro 4)

Cuadro 4. Porcentaje de ítems evaluados en el examen clínico General a los internos de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero-Diciembre 2007

Examen clínico general	Antes	Después
Frecuencia cardíaca	95	98
Frecuencia respiratoria	92	95
Presión arterial	91	95
Pulso	78	79
Temperatura	62	61
Peso	42	48
Talla	55	42
IMC	14	17
Estado general	94	98
Piel y faneras	95	98
TCSC	95	100
Locomotor	91	97
Articulaciones	86	91
Linfática	97	98
Promedio	78	80

Examen clínico regional: Se apreció mejora significativa en la exploración de puntos reno-uretrales ($p=0,014$), en la palpación de sistema genital masculino ($p=0,013$) y en la exploración del sistema venoso en safenas ($p=0,048$).

La exploración del aparato genital masculino (cuando correspondió) principalmente el examen de próstata (24%), fue el que en menor proporción examinaron los internos antes y después del programa de capacitación, así como la exploración del sistema venoso periférico (50% yugular, 48% safenas). Ningún interno completo al 100% el examen clínico antes y después del programa. (Cuadro 5). No se realizó el fondo de ojo en el 100%, antes y después.

Cuadro 5. Porcentaje de ítems evaluados en el examen clínico regional a los internos de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero-Diciembre 2007.

Examen clínico preferencial	antes	después	Valor p
CABEZA			
Cráneo	99	100	*
Ojos	99	100	*
Oídos	81	85	*
Nariz	97	100	*
Boca	94	92	*
Dientes	84	92	*
Cuero cabelludo	99	100	*
Amígdalas/Faringe	87	87	*
CUELLO			
Inspección	96	98	*
Palpación	96	98	*
Auscultación	88	90	*
TORAX			
Inspección	97	100	*
Palpación	99	100	*
Percusión	99	100	*
Auscultación	100	100	*
CARDIOVASCULAR			
Inspección	99	100	*
Palpación	96	98	*

Auscultación	100	100	*
ABDOMEN			
Inspección	99	100	*
Palpación	100	100	*
Percusión	97	98	*
Auscultación	100	100	*
RENAL			
Puño-percusión	76	90	*
Punto costales	75	90	*
Punto lumbo Sacro	75	90	*
Punto reno ureterales	74	91	0,014
GENITAL MASCULINO			
Inspección	62	66	*
Palpación	43	61	0,013
Próstata	21	24	*
Transi	10	47	*

Examen clínico preferencial	antes	después	Valor p
NEUROLÓGICO			
Conciencia	96	97	*
Mental	99	98	*
Fondo de ojo	0	0	*
Motora	99	97	*
Sensitiva	97	97	*
reflejos	91	97	*
Coordinación	94	97	*
Focalización	97	97	*
Meníngeos	97	97	*
ARTERIAL			
Carótida	71	71	*
Femoral	63	71	*
pedio	74	73	*
VENOSO			
Yugular	40	50	*
Safenas	31	48	0,048
Promedio	82,1	86,1	*

Plan de trabajo: El porcentaje de internos que consigno completamente los ítems subió de 66,2% a 71,8%. (Cuadro 6)

Diagnostico presuntivo: se apreció mejoría significativa ($p=0,048$), el diagnostico presuntivo por enfermedad actual ($p=0,013$), examen físico ($p=0,013$) y antecedentes ($p=0,004$), el 100% de los internos consignaron completamente (Cuadro 6).

Cuadro 6. Porcentaje de Ítems evaluados en el plan de trabajo, diagnóstico presuntivo y tratamiento a los internos de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero-Diciembre 2007.

Plan de trabajo, diagnostico presuntivo y tratamiento	Antes	Después	Valor p
PLAN DE TRABAJO			
Exámenes auxiliares	70	75	*
Interconsulta	67	75	*
Procedimiento	68	75	*
Promedio	68.3	75.0	*
DIAGNOSTICO PRESUNTIVO			
Enfermedad actual	80	100	0.013
Examen físico	80	100	0.013
Antecedentes	75	100	0.004
Promedio	78.3	100.0	0.048
TRATAMIENTO			
Dieta	100	100	*
Fluidoterapia	100	100	*
Sintomático	100	100	*
Promedio	100.0	100.0	*

Uso de CIE-10: Ninguna historia clínica, consigno CIE-10, antes y después de Capacitación.

Tratamiento: El 100% de los internos consignó completamente los ítems del tratamiento antes y después del programa de Capacitación (Cuadro 6).

Consentimiento informado: solo el 5,6% de los internos consignó el consentimiento informado en las historias clínicas, después del programa de capacitación (Figura 2 y 3).

Pulcritud: El 100% de las historias fueron consideradas adecuadas en este ítem.

Letra legible: El porcentaje de internos que consignaron este punto subió de 69% a 78,9%.(Figura 2 y 3).

Hora de atención: El porcentaje de internos que consignó este punto subió de 81,7% a 84,5% (Figura 2 y 3).

Firma y sello del médico: El porcentaje de internos que completó este punto subió de 21,1% a 29,6% (Figura 2 y 3).

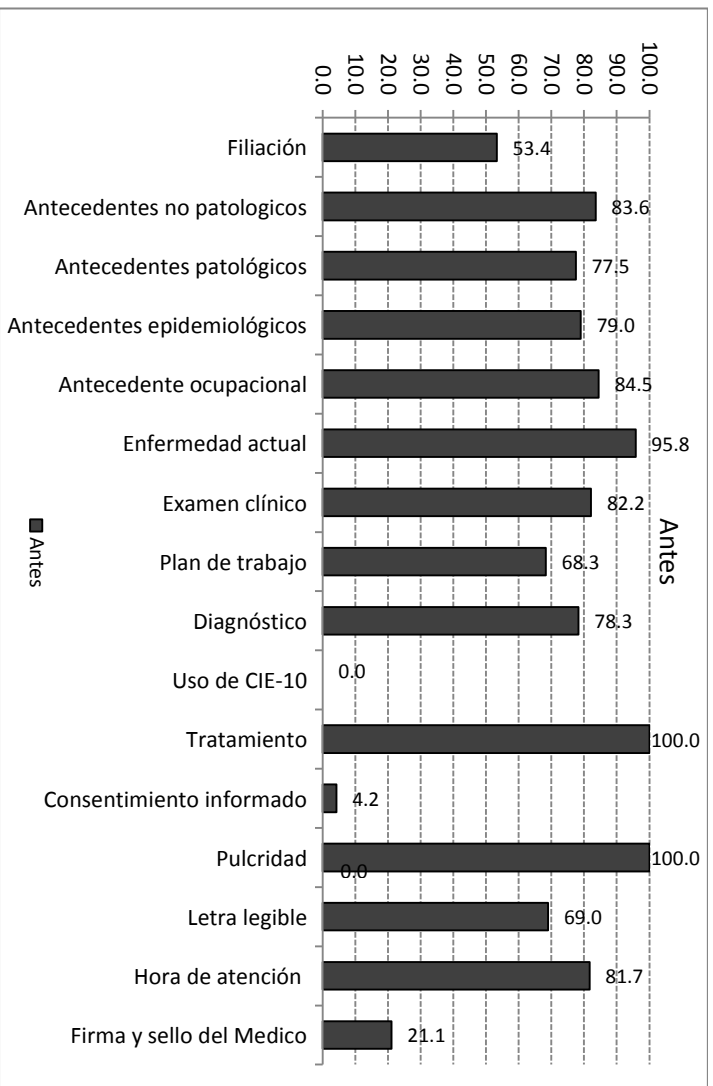


Figura 2. Porcentaje de ítems consignados en cada parte de las historias clínicas antes y después del programa de capacitación elaboradas por los internos de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero-Diciembre 2007.

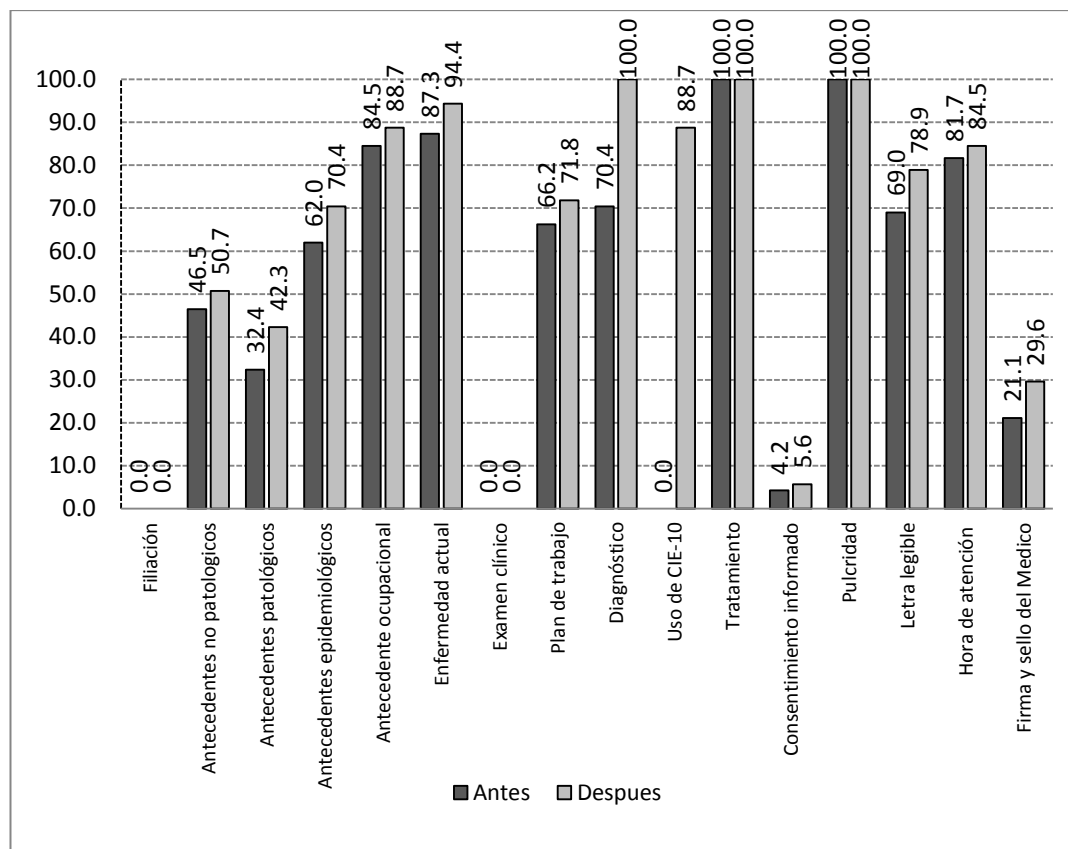


Figura 3. Porcentaje de partes de la historia clínica consignadas completamente antes y después del programa de capacitación elaboradas por los internos de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero-Diciembre 2007.

DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación demuestra que un programa de Capacitación puede mejorar la calidad de la historia clínica elaborada por internos de medicina. El porcentaje de historias clínicas consideradas aceptables subió de 60,6% a 84,5% después de la capacitación, en la literatura médica se encontró estudios en los cuales se utilizan otros métodos para la mejora de la calidad de la historia clínica. Por ejemplo el estudio de Asao y otros, muestra mejoría significativa después de un

programa de auditoría por pares, en el cual uno de los auditores es un residente. Posteriormente a la auditoría, a este residente también se le auditan sus historias, de esta manera el residente aprende los errores más comunes encontrados en las historias y posteriormente, en lo posible, no los repite en la elaboración de sus propias historias clínicas (5).

Esta metodología también fue utilizada para mejorar la evaluación preventiva en la historia clínica, de esta manera se observó un aumento en la consignación de inmunizaciones previas, examinación de mamas y tacto rectal (6).

En el análisis individual de los componentes de la historia clínica se observa serias deficiencias en la elaboración de la anamnesis, encontrándose mejora significativa en varios ítems; sin embargo el programa no fue efectivo en transmitir la importancia de consignar el nombre de la madre, el padre y el documento nacional de identidad.

Probablemente los internos no consideran importante estos datos, desde su formación en pre-grado por ser una actividad que le corresponde al área administrativa del hospital; por lo que la capacitación de los internos debería ser constante para obtener mejores resultados.

En cuanto a los antecedentes, se observó que fueron consignados en mayor porcentaje, antes y después del programa, en cuanto a los antecedentes no patológicos, el menos consignado fue el de los hábitos sexuales, esto se debería a la dificultad de indagar estos datos sobre todo con pacientes de sexo femenino o acompañados de familiares. En los antecedentes patológicos se aprecia que aún existe deficiencia en la consignación del tratamiento recibido anteriormente. En los antecedentes epidemiológicos los internos consignan poco los viajes realizados, frecuentemente son omitidos.

En lo que respecta al interrogatorio, la investigación demostró la deficiencia que tienen los estudiantes de los últimos años en confeccionar la anamnesis, esto se debería, según Moreno y Canelles a que durante sus cursos de

pregado más de la tercera parte de ellos no fueron supervisados nunca al hacer una entrevista médica, situación que se repite en nuestro medio (7,8). A esto contribuye que el docente y/o médico asistente asignado al interno, desarrolla actividades académicas en dos universidades durante la hospitalización, por lo que no tiene tiempo de realizar una tutoría adecuada al interno de medicina durante la visita médica.

En el examen físico general los ítems menos consignados fueron el peso, la talla e IMC, se aprecia que en muchos casos, los internos no consignan estos datos porque consideran que pueden ser registrados en las notas de enfermería, sin embargo, el IMC es muy pocas veces calculado. Esto cobra importancia debido a que el IMC puede ser considerado como un marcador más fidedigno que el peso en la valoración del estado nutricional, de esta manera de acuerdo a una investigación se demostró que las variaciones en el IMC pueden predecir el fracaso a tratamiento de tuberculosis esquema I durante los dos primeros meses de tratamiento (9). Asimismo es muy importante la evaluación del peso diario en los pacientes que reciben terapia diurética en el síndrome ascítico-edematoso (19).

En el examen clínico regional se encuentra menor porcentaje de cumplimiento en la exploración del aparato genital masculino, principalmente el examen de próstata. Es indudable que existe la dificultad para realizar este examen debido a que muchas veces el paciente no desea ser examinado; así mismo el interno al suponer que tendrá una respuesta negativa tampoco invita al paciente a realizar el examen. En cuanto al examen de próstata en los pacientes varones mayores de 50 años, se presentó un fenómeno similar.

El plan de trabajo fue registrado completamente por la mayoría de internos, así mismo en la consignación del diagnóstico presuntivo se obtuvieron muy buenos resultados después del programa de Capacitación.

Una de las deficiencias más preocupantes fue la no consignación del código CIE10, este problema fue también expuesto por Pablo-Roncano (10), quien

encontró que en ninguna de las historias de los pacientes fallecidos en emergencia del Hospital Loayza consignaban el CIE10, por desconocimiento del manual y/o ausencia del manual en los servicios de hospitalización.

El tratamiento fue registrado íntegramente, así mismo todas las historias fueron consideradas como limpias y ordenadas después del programa de Capacitación. Se encontró deficiencias en el registro del consentimiento informado, en este punto aún se encuentra dificultad para convencer a los pacientes para que firmen un documento por el cual, piensan que el personal de salud se exonera de responsabilidad ante algún error en el diagnóstico o tratamiento. Ante esto muchas veces los internos no pueden hacer firmar un consentimiento a no ser que se realice algún procedimiento invasivo al paciente.

Aun después de la Capacitación un porcentaje de internos no realizó una historia clínica con letra legible, en relación a la hora de atención fue consignada en su mayoría; sin embargo solo un pequeño porcentaje de los internos consignaba la firma y sello del médico en la historia. Esto se debería a que la mayoría de las historias clínicas son confeccionadas al terminar el día cuando los médicos asistenciales no se encuentran en el servicio; sin embargo es responsabilidad de éstos firmar la historia clínica por ser un documento médico legal.

La letra poco legible, así como la falta de firma del médico también han sido detectadas en estudios realizados en Italia por Agozzino E. y otros (11); así mismo se incide en la necesidad de estructurar las historias, crear guías y entrenar adecuadamente al personal de salud (12), en este caso los internos.

En cuanto a la evaluación del programa de Capacitación en términos generales fue bueno, debido a que mejoró el número de internos que realizaban una historia clínica aceptable; sin embargo dejó vacíos en puntos importantes de la historia clínica como la consignación del CIE10, consentimiento informado, letra legible así como la firma y sello del médico.

La utilización de programas de Capacitación para la mejora del rendimiento de los futuros médicos se ha hecho en otras realidades, de esta manera un estudio realizado en Estados Unidos por Laack TA y otros, demuestra que un programa acelerado de una semana antes del inicio del internado medico mejora el desempeño de los internos (13). Se aplicó el aprendizaje basados en problemas con pacientes simulados, con los cuales los internos aplicaban sus conocimientos adquiridos en pregrado. En el Hospital Dos de Mayo, Aparicio (3) realizó un programa de capacitación para mejorar el conocimiento sobre parto, partograma y el nivel de aplicación en partograma en internos de medicina, demostrando resultados óptimos después de la rotación de tres meses. Así mismo Moreno (4) realizó un programa de capacitación en internos de medicina para mejorar sus conocimientos y prácticas en bioseguridad, encontrando también buenos resultados.

Es importante recordar que muchas veces los estudiantes de pregrado consideran que sus cursos clínicos son de corta duración para satisfacer sus expectativas de aprendizaje (14) e incluso muchos de ellos inviertan buena parte de su tiempo libre y vacaciones asistiendo a la visita médica en los servicios de hospitalización y de emergencia reforzando sus conocimientos al lado de los pacientes (15). Por lo tanto se debe recalcar la importancia de realizar programas de capacitación a internos de medicina antes de iniciar sus labores.

La evaluación de este programa de Capacitación se realizó siguiendo los criterios de Kirkpatrick (16), observándose que la reacción de los internos fue adecuada con el proceso de capacitación, lo que se considera útil para su desarrollo profesional. El aprendizaje y la transmisión de aprendizaje al lugar de trabajo se apreciaron con la mejora en el número de historias clínicas aceptables. El impacto es difícil de medir con este estudio, no obstante se entiende que en el futuro estos médicos recién graduados podrán realizar una adecuada historia clínica, lo cual repercutirá positivamente en el paciente, conduciendo a un diagnostico precoz y oportuno.

En conclusión existió mejora en el porcentaje de historias clínicas aceptables por los internos de medicina y en la mayoría de los ítems que conformaron la historia; sin embargo a pesar del programa de Capacitación aún existen puntos en los que existen deficiencias, siendo estos de suma importancia como la fecha y hora de atención y la firma y sello del médico. Por lo tanto es una necesidad que los médicos en general realicen un proceso de aprendizaje durante toda su vida profesional (17).

En caso del internado de medicina en el Perú, los hospitales deberían uniformizar los conocimientos de los internos en relación a la elaboración de la historia clínica antes de iniciar el internado, debido a que en nuestro país, en la actualidad existen una gran cantidad de facultades de medicina, algunas de las cuales no garantizan un aprendizaje adecuado de los conocimientos básicos para realizar la historia clínica. Además estudios previos demuestran que en general existen deficiencias para la elaboración de una adecuado interrogatorio. Asimismo las historias clínicas de los Hospitales del MINSA no son uniformes.

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- El Programa de capacitación incrementó el número de historias clínicas consideradas aceptables, pasando de 60,6% a 84,5%.
- La filiación mostró mejoría significativa; sin embargo aun después del programa de intervención los internos no consignaron el nombre del padre de la madre ni el DNI.
- Se observó mejoría en el porcentaje de antecedentes completamente consignados, así mismo en algunos ítems individuales.
- Se observó mejoría en la consignación completa de la enfermedad actual.
- En el examen físico general se observó que a pesar del programa de capacitación, los internos no consignaban en mayor porcentaje el peso, la talla y el índice de masa corporal (IMC).
- En el examen clínico regional, a pesar de que existió mejora después del programa de capacitación en la exploración del sistema reproductor masculino y sistema venoso periférico, un buen porcentaje de internos no exploró convenientemente estos puntos después del programa. Asimismo no se exploró el fondo de ojo en el examen neurológico, ni antes ni después.
- El diagnóstico presuntivo fue la parte de la historia clínica que mejoró más, consignando los internos completamente todos los ítems después del programa de capacitación.

- Ninguna historia clínica consignó el CIE-10 por el interno, antes y después del programa de capacitación.
- El tratamiento fue consignado completamente por los internos antes y después del programa de capacitación.
- A pesar del programa de capacitación, existieron deficiencias en la consignación del consentimiento informado, letra legible, hora de atención y firma y sello del médico.
- La totalidad de las historias fueron consideradas pulcras después de la capacitación.

LIMITACIONES

- Debido a la recarga de trabajo que tienen los internos de medicina es difícil realizar una capacitación y seguimiento continuos, motivo por el cual, probablemente no se obtuvo un resultado óptimo en algunos puntos de la historia clínica.
- Muchas veces los internos de medicina cumplen funciones administrativas como el llenado de recetas, tramitan la exoneración de los pacientes indigentes, tramite de los pacientes SIS, aceleran los resultados de exámenes auxiliares, entre otras actividades que lo desgastan física y mentalmente, no dejándole tiempo para realizar una historia clínica minuciosa, teniendo en muchos casos los conocimientos, actitudes y prácticas para realizarla.
- Los internos no cuentan con una adecuada tutoría, ya que en muchas oportunidades el medico asistente asignado, realiza actividades académica de 8 a 12 horas, durante la visita medica.

RECOMENDACIONES

- Es importante que se capacite a todos los internos en la elaboración correcta de la historia clínica antes de iniciar sus respectivas rotaciones, ello mejora de manera significativa su desempeño durante su internado, tal como lo demuestra este estudio y estudios previos como el de Aparicio y Moreno.
- Teniendo en cuenta estos resultados se debería reforzar estos puntos en la enseñanza de pre-grado, por lo tanto debe comunicarse a la Universidad de origen del interno.
- Los tutores del internado médico de cada Universidad deben monitorizar la confección de la historia clínica realizado por los internos de Medicina.
- Determinar el número ideal de pacientes que debe tener cada interno de medicina y de este modo evitar la sobrecarga al interno.
- Esta metodología debería ser aplicada a los diferentes hospitales del país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castillo N. Documentos médicos. Rev Colomb Gastroenterol 2004; 19:100-8.
2. Wikman A, Safont P, Merino J, Martínez Baltanás A, Matarranz Del Amo M, López Calleja E. An intervention program to improve the quality of the medical records in an Internal Medicine Department. Rev ClinEsp 2009; 209:391-5.
3. Aparicio J. Programa de capacitación de partograma con curva de alerta y cambios en el nivel de conocimientos para su elaboración por los internos de medicina del hospital nacional dos de mayo. Enero – diciembre 2006. [Tesis para optar el grado de Magíster en Docencia e Investigación en Salud]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.
4. Moreno ZR. Nivel de conocimientos y aplicación de las medidas de bioseguridad en internos previamente capacitados del Hospital Nacional Dos de Mayo: 2004-2005 [Tesis para optar el grado de Magíster en Docencia e Investigación en Salud]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.
5. Asao K, Mansi IA, Banks D. Improving quality in an internal medicine residency program through a peer medical record audit. Acad Med 2009; 84:1796-802.
6. Holmboe E, Scranton R, Sumption K, Hawkins R. Effect of medical record audit and feedback on residents' compliance with preventive health care guidelines. Acad Med 1998; 73:901-3.
7. Moreno M. Deficiencias en la entrevista médica. un aspecto del método clínico. Rev Cubana Med 2000; 39:106-14.
8. Canelles M, Moreno M, Echevarria JP, Bestard LA. Deficiencias en la entrevista médica realizada por alumnos de medicina interna bajo observación directa y registro de audio. Rev Cubana Med Milit 2003; 32:190-6.

9. Bernabé-Ortiz A. Detección temprana de fracasos a tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar. *Rev Med Hered* 2007; 18: 123-8.
10. Pablo-Roncano E. Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Servicio de Emergencia de un Hospital General. *Rev Soc Peru Med Interna* 2008; 21:51-4.
11. Agozzino E, Esposito S, Parmeggiani C, Piro A, Grippo N, Di Palma MA. Quality of medical records in Naples (Italy) 2nd University School of Medicine. *Ann Ig* 2008; 20:401-8.
12. Cardo S, Agabiti N, Picconi O, Scarinci M, Papini P, Guasticchi G, Gentile D, Forastiere F, Arcà M, Volpe M, Perucci CA. The quality of medical records: a retrospective study in Lazio Region, Italy. *Ann Ig* 2003; 15:433-42.
13. Laack TA, Newman JS, Goyal DG, Torsher LC. A 1-week simulated internship course helps prepare medical students for transition to residency. *SimulHealthc* 2010; 5:127-32.
14. Murray E, Alderman P, Coppola W, Grol R, Bouhuijs P, van der Vleuten C. What do students actually do on an internal medicine clerkship? A log diary study. *Med Educ* 2001; 35:1101-7.
15. Hilaraca R, Ramos W, Galarza C. Percepción y satisfacción de los estudiantes del cuarto año de la escuela de Medicina Humana de la UNMSM acerca de las prácticas clínicas de Dermatología. Noviembre 2008. *Dermatol Perú* 2009; 19: 178-88.
16. Nolla-Domenjó M. La evaluación en educación médica. Principios básicos. *EducMed* 2009; 12: 223-9.
17. Larre Borges U, Petruccelli D, Niski R, Fosman E, Amoza B, Margolis A, Alvaríño F, Ríos G. Continuing medical professional development in Uruguay as the country faces the 21st century. *Rev PanamSaludPública* 2003; 13:410-8.
18. Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud 2005. NT N° 029- MINSA/DGSP- V 01.

19. Pere Gines, M.D, Andres Cardenas, M.D.,Vicente Arroyo, M.D., and Juan Rodes,M.D. Management of Cirrhosis and Ascites. N Engl J Med 2004; 350:16.

ANEXOS

ANEXO 1: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Fecha y hora	Contenido	Metodología	Profesor
Primera semana 12 a 13 horas	Importancia de la historia clínica Partes de la Historia Clínica Deficiencia encontrada en la Elaboración de historia clínica	Socrático Discusión grupal Experiencia vivencial Mapa conceptual	
Segunda semana 12 a 13 horas	Conocimiento del instructivo de la historia clínica del MINSA Elaboración de historia clínica (I) Ectoscopia-Filiación-Enfermedad actual Antecedentes (II)	Socrático Discusión grupal Experiencia vivencial Mapa conceptual	
Tercera semana 12 a 13 horas	Examen Clínico General (III) Examen Clínico Regional (IV) Diagnostico Plan de Trabajo y Atributos de la historia clínica	Socrático Discusión grupal Experiencia vivencial Mapa conceptual	

ANEXO 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

[illegible]

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigador: JORGE YARINSUECA

Teléfono :

Declaración del investigador

Está invitado a participar en un estudio de investigación. El propósito de este formato de consentimiento es darle información que le permita decidir si usted quiere o no participar.

Por favor lea el formato cuidadosamente. Usted puede hacer preguntas acerca del propósito de la investigación, que le pediremos que haga, los posibles riesgos y beneficios, sus derechos como participante o cualquier otra cosa acerca de la investigación que se describe en este formato y que necesite aclaración. Una vez que todas sus preguntas hayan sido contestadas, usted podrá decidir si desea participar o no. A este proceso se le llama consentimiento Informado. Le daremos una copia de este formato.

El protocolo de esta investigación ha sido evaluado por el Comité de Ética en Investigación Biomédica del Hospital Nacional Dos de Mayo. Un Comité de Ética es un organismo que vela por los derechos de las personas que participan en un estudio de investigación y que garantiza un trato adecuado a la persona, basado en el respeto por sus derechos como paciente y como persona.

Si desea alguna aclaración, puede comunicarse con el Presidente del Comité de Ética en Investigación del Hospital Dos de Mayo, el Dr. Edwin Ramírez Rodríguez, al teléfono 3280028, anexo 8234

Propósito y Beneficios

La historia clínica es un instrumento para la captación de datos sobre los diferentes eventos de salud de las personas, para facilitar la optimización de las decisiones y acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento del paciente, así como las actividades de docencia e investigación, dentro del marco de aquellas.

En este hospital la historia clínica es el documento final redactado por el interno de medicina, es el producto final de la enseñanza aprendizaje que se ha desarrollado en el Pre grado, en este contexto son básicos los cursos clínicos donde el alumno se pone en contacto por primera vez con el paciente hospitalizado. En el internado aplica los conocimientos adquiridos después de realizar actividades en hospitalización, consultorio externo y emergencia, estando por lo tanto en condiciones de plantear un diagnóstico.

Sin embargo en la práctica se aprecia que en muchos casos se encuentran historias clínicas deficientes elaboradas por los internos de este hospital. Por este motivo se ha planteado un programa de intervención para mejorar la elaboración de la Historia Clínica el cual se llevará a cabo con la participación del docente universitario. Un estudio realizado en España demuestra que un programa de intervención mejora la calidad de las historias clínicas en un departamento de medicina, así también estudios de intervención en el hospital han mostrado resultados positivos.

El objetivo principal de este estudio es evaluar un programa de intervención para la mejora de la calidad de las historias clínicas elaboradas por los internos de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo, en Lima Perú.

PROCEDIMIENTOS

Para ello, se revisará una historia clínica que usted realice al inicio de su rotación por el servicio de medicina, posteriormente esta será evaluada con el fin de conocer en qué puntos usted presenta deficiencias.

Posteriormente recibirá un programa de capacitación, el cual será realizado con su participación activa y tendrá como finalidad reforzar los conocimientos en la elaboración de la historia clínica. Posteriormente y por último se volverá a revisar otra historia clínica que usted realice para ver si el programa tuvo un resultado positivo.

Disconfort

Quisiera que usted se sienta cómodo durante la capacitación, sin presiones de ningún tipo.

Otra Información

La información que usted ofrezca no será utilizada en su evaluación como interno, de manera que si usted desea puede, incluso, formular críticas respecto a cómo se realiza la historia clínica en este Hospital, dado que esta información es confidencial. Asimismo usted podría rehusarse a participar o dejar el estudio en cualquier momento, sin que eso signifique un perjuicio en el trato que se le dará en el Departamento ni mucho menos en su evaluación. Igualmente, se le asegura que sus derechos como Interno de Medicina y como persona no se verán afectados en lo más mínimo.

Gracias por su participación.

.....

.....

Jorge YarinsuecaFecha
Médico Internista
CMP +++++ RNE ++++++

Declaración del participante

Este estudio me ha sido explicado. Voluntariamente he decidido participar en esta investigación. He tenido la oportunidad de hacer preguntas. Si tengo más preguntas luego acerca de la investigación podré hacerlas luego al investigador cuyo nombre está al inicio del formato. Si tengo alguna duda o me parece que mis derechos como persona o como Interno de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo están siendo lastimados, puedo llamar al Presidente del Comité de Ética en Investigaciones Biomédicas del Hospital Dos de Mayo, el Dr. Edwin Ramírez Rodríguez, al teléfono número 3280028, anexo 8234

Recibiré una copia de este consentimiento.

.....
Nombre y firma del participante

.....
Fecha